

**QUEJA DEL CONSUMIDOR DE LA OFICINA DEL CUIDADO MÉDICO**  
**Estado de Arkansas**

**Oficina del Procurador General**

Health Care Bureau  
323 Center Street, Suite 200  
Little Rock, AR 72201



**Información de Contacto**

(501) 682-2341  
1-800-482-8982 (en AR)  
(501) 682-6073 TDD#

**Su Información**

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		
Su Nombre _____		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código _____
No. Teléfono (día) _____	No. Teléfono (noche) _____	
E-Mail (Opcional) _____	Fecha de Nacimiento _____	

**Información del Paciente (si se trata de otra persona)**

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		
Nombre del Paciente _____		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código _____
No. Teléfono (día) _____	No. Teléfono (noche) _____	
E-Mail (Opcional) _____	Fecha de Nacimiento _____	

**Su queja es contra (Agencia) (Proporcione tanta información como sea posible)**

Nombre: _____	<b>Persona de Contacto:</b> _____	Teléfono: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Código: _____
No. de cuenta: _____	Fecha del servicio: _____	
Se ha quejado con la compañía/persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Persona Contactada: _____	Posición: _____	No. de Teléfono: _____
¿Qué respuesta le dieron?: _____		
_____		
_____		
Fecha de la respuesta: _____		
Hay acciones legales pendientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Información de Seguro Primario (Si aplica)**



**Por favor lea y complete la siguiente autorización para tener acceso a su información médica. Es necesario que proporcione su nombre para procesar su queja.**

Yo, (escriba su nombre) \_\_\_\_\_, por este medio autorizo a cualquiera de los siguientes: médico o médico facultativo, hospital o clínica o facilidad médica, compañía de seguros, administradores, empleador, agencia de colección, farmacia, u otro proveedor o persona que posee cualquier expediente médico y de seguro de (escriba el nombre de la persona/paciente) \_\_\_\_\_, para revelar los expedientes y la información, descrita abajo, a la:

**Oficina del Procurador General  
Oficina de Cuidado Médico  
323 Center Street, Suite 200  
Little Rock, AR 72201  
(501) 682-2341  
1-800-482-8982 (en AR)**

La información debe estar relacionada con la queja presentada por mí, o mi representante autorizado, ante la Oficina del Procurador General. El propósito de esta autorización es contribuir con la Oficina del Cuidado Médico (HCB, por sus siglas en inglés) en la investigación de mi queja.

Autorizo al HCB para mostrar mi expediente médico y otra información relacionada con mi queja a proveedores de cuidado médico, a mi agente de seguros, HMO, y a otras agencias estatales o federales que puedan asistir en la resolución de mi queja.

Si mi queja se refiere al Departamento de Seguro de Arkansas (AID), autorizo a AID a mostrar mis expedientes médicos a proveedores de cuidado médico, mi agente de seguro, HMO, organizaciones independientes, expertos médicos y otras agencias estatales o contratistas que puedan asistir en la resolución de mi queja.

Entiendo que: (1) tengo derecho, previa notificación escrita a la Oficina del Procurador General, de revocar esta autorización; (2) bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA") de 1996, una entidad cubierta por esta ley no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios si rehúso firmar tal autorización; y (3) la información revelada conforme a esta autorización está sujeta a posible divulgación por la Oficina del Procurador General y dejará de ser protegida por HIPAA.

Esta autorización expira una vez concluida la investigación de la queja presentada ante la Oficina del Procurador General.

**POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE:** Todos los pacientes de 18 años ó más de edad deben firmar esta forma dando consentimiento, a menos que tengan un guardián legal, representante o se trate de persona incapacitada. Si es así el firmante debe mostrar prueba escrita de la tutela, de la representación o de la incapacidad junto con esta forma. Un padre o guardián debe firmar a nombre del menor de edad no emancipado.

Firma

Relación con el paciente

Fecha